



Revista Virtual Universidad Católica del Norte

ISSN: 0124-5821

asanchezu@ucn.edu.co

Fundación Universitaria Católica del Norte

Colombia

Astaiza Bravo, Nohra Ximena; Rodríguez Guarín, Salomón; Guerrero Pepinosa, Nancy Yadira; Portela Guarín, Hugo

Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas

Revista Virtual Universidad Católica del Norte, núm. 37, septiembre-diciembre, 2012, pp. 180-211

Fundación Universitaria Católica del Norte

Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224568010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas¹

Intercultural Dialogue in Health: A Strategy to Preserve Medical Knowledge and Practices about Maternal and Child Health of Afro-Caucan Communities

Dialogue interculturel sur la santé: une stratégie pour sauver les savoirs et pratiques médicales autour de la santé maternelle et infantile des communautés afro caucannes

Nohra Ximena Astaiza Bravo

Fisioterapeuta, Universidad Autónoma de Manizales
Candidata a Magíster en Educación: Desarrollo Humano,
Universidad de San Buenaventura, Cali
Coordinadora de Investigaciones, Grupo de Investigación FICMOS,
Fundación Universitaria María Cano, Extensión Popayán
nastaizabravo@gmail.com / cip@fumc.edu.co

Salomón Rodríguez Guarín

Licenciado en filosofía, Universidad del Cauca.
Especialista en Humanidades Contemporáneas, Universidad Autónoma de Occidente
Candidato a Magíster en Filosofía, Universidad del Valle
Docente Investigador, Grupo de Investigación Comunidad Académica
"Conceptualización en Fisioterapia", Fundación Universitaria María Cano,
Extensión Popayán
salomonruiz@hotmail.es / salomonrodriguezguarin@fumc.edu.co

¹ Este artículo es el resultado de la formulación de un proyecto de investigación con la Unidad de Organizaciones Afrocaucanas (UAOFROC). El proyecto participó en la convocatoria de diálogo de saberes de Colciencias I periodo de 2012.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Nancy Yadira Guerrero Pepinosa

Bióloga, Universidad del Cauca
Magíster en Biología, Universidad de Antioquia
Docente Investigadora, Grupo de Investigación FICMOS,
Fundación Universitaria María Cano, Extensión Popayán
nguerreropepinosa@gmail.com / nancyyadiraquerreropepinosa@fumc.edu.co

Hugo Portela Guarín

Antropólogo
Magíster en Lingüística, Universidad del Cauca
Doctor en Antropología, Universidad de Montreal, Canadá
Investigador, Grupo de Investigación FICMOS,
Fundación Universitaria María Cano, Extensión Popayán
Docente Universidad del Cauca
hugoportelaguarin@gmail.com

Tipo de artículo: Revisión de tema
Recibido: 31-julio-2012
Evaluated: 26-septiembre-2012
Aprobado: 8-octubre-2012

Contenido

1. Introducción
2. La salud materno infantil en el contexto de APS renovada
3. Situación de la salud materno infantil en las comunidades afrocaucanas
4. Recuperar la diversidad cultural en salud
5. La interculturalidad en salud y el diálogo de saberes
6. Aspectos normativos que apoyan la interculturalidad en la salud materno infantil
7. Conclusiones
8. Lista de referencias

Resumen

En el Cauca, la alta morbilidad materno infantil en las comunidades afrocaucanas es un problema poco intervenido por el sistema de salud y refleja la misma situación de vulneración que presenta la población materno infantil afrocolombiana. Esto conlleva la necesidad de renovar los modelos de Atención Primaria en Salud (APS) desde un enfoque intercultural que promueva la medicina tradicional de dichas

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

comunidades. Las comunidades afrocolombianas asumen que su identidad cultural y los conocimientos en salud derivados de su cosmovisión cultural (medicina tradicional y saberes ancestrales) son transversales a los diferentes programas que genera el sistema estatal de salud, por lo que consideran imperativo construir un diálogo intercultural para rescatar sus saberes tradicionales como una forma de participación incluyente dentro del sistema de salud. El propósito de reconocer la medicina tradicional y los saberes ancestrales en salud materno infantil, a partir del enfoque intercultural, permite que estas comunidades rescaten su identidad cultural y étnica, y al mismo tiempo, se constituye como una estrategia exploratoria que permitiría reducir los índices de morbilidad materno infantil en el Cauca.

Palabras clave

Comunidades afrocaucanas, Diálogo intercultural, Medicina tradicional, Salud materno infantil.

Abstract

In Cauca (Colombia), high maternal and child mortality and morbidity in afro-caucan communities is a problem insufficiently treated by the health system and reflects the same situation of vulnerability of the Afro maternal and child population in Colombia. This situation leads to the need of renewing the model of primary health care based on an intercultural approach promoting traditional medicine in these communities. Afro-Colombian communities assume that their cultural identity and health knowledge derived from their cultural worldview (traditional medicine and ancestral knowledge) are transverse to the different programs created by state health system, for this reason is considered that is imperative to build an intercultural dialogue to preserve their traditional knowledge as a way of all-including participation within the health system. The purpose of recognizing traditional medicine and ancient knowledge in maternal and child health based on an intercultural approach, allows these communities recover their cultural and ethnic identity, and at the same time, it is a strategy that would reduce indices of maternal and child morbidity and mortality in the Cauca.

Keywords

Traditional medicine, Afro-caucan Communities, Maternal and child health, Intercultural dialogue.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Résumé

Dans le Cauca (Colombie), l'haute morbidité et mortalité infantile chez les communautés afro caucannes est un problème peu intervenu par le système de santé et qui reflète la même situation de vulnérabilité qui présente la population maternelle et infantile afro colombienne. Cela implique la nécessité de rénover les modèles d'Attention Primaire en Santé (APS) d'après une approche interculturelle qui favorise la médecine traditionnelle de telles communautés. Les communautés afro colombiennes assument que leur identité culturelle et les connaissances sur sante qui se dérivent de leur manière d'interpréter le monde dans le champ culturel (médecine traditionnelle et savoirs ancestraux) sont transversales aux différents programmes qui crée le système de l'Etat de santé, ce qui fait que considèrent impératif de construire un dialogue interculturel pour sauver ses savoirs traditionnels comme une façon de participation incluant à l'intérieur du système de santé. L'objectif de reconnaître la médecine traditionnelle et les savoirs ancestraux en santé maternelle et infantile, à partir de l'approche interculturel, permet que ces communautés sauvent leur identité culturel et ethnique, et en même temps, se constitue comme une stratégie exploratoire qui permettrait de réduire les taux de morbidité et mortalité maternelle infantile dans le Cauca.

Mots-clés

Médecine traditionnelle, Communautés afro caucannes, Santé maternelle et infantile, Dialogue interculturel.

1. Introducción

El conocimiento de grupos de población prioritarios (mayor vulnerabilidad o magnitud) ha constituido uno de los retos más importantes en la organización de los servicios de salud. El grupo materno infantil ha sido considerado el principal entre estos grupos prioritarios (Bermejo, 2002) por lo que las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) son el fundamento para el reconocimiento, la priorización, la promoción y la prevención de las principales causas de morbimortalidad de este segmento poblacional. Según la OMS (Periago, 2003) se ha comprobado que el manejo

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

adecuado y eficaz de los protocolos de salud materno infantil permiten detectar patologías específicas que traen el riesgo de desarrollar complicaciones durante la gestación, tales como: preeclampsia, infecciones del tracto urinario o neonato con bajo peso al nacer. Estas patologías pueden prevenirse con la temprana detección y la oportuna intervención que se incluye en las estrategias de APS a nivel mundial y mediante el adecuado seguimiento o control prenatal en cada una de las etapas de la gestación (OMS, 2005) tanto por parte del personal especializado en biomedicina como por parte de las personas que representan alguna autoridad en salud, con base en sus saberes tradicionales, dentro de las familias y las comunidades (OMS, 2002).

La aplicación de estrategias de APS en Colombia ha incidido en la reducción de la morbilidad neonatal y materna (Profamilia, 2005); sin embargo, como sostiene el Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2011), las cifras en algunos departamentos no cumplen aún con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El análisis por regiones muestra diferencias en el comportamiento del indicador de atención materno infantil. Aún existe baja proporción de la APS en el litoral pacífico y en las regiones de Cauca, Nariño, Tolima, Huila y Caquetá, zonas donde además de las limitantes de disponibilidad y desarrollo, la alta dispersión y el conflicto interno (violencia, desplazamiento forzado, etc.) se convierten en barreras para el acceso a los servicios de salud.

La situación descrita revela que la población afrocolombiana y especialmente afrocaucana es aún más vulnerable en comparación con otros grupos, lo que implica la necesidad de nivelar sus actuales estándares en salud, medidos en términos de la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud (Reales, 2005; Giraldo et al., 2010).

Las comunidades afrocolombianas asumen que su identidad cultural y los conocimientos en salud se derivan de su cosmovisión cultural (APRA, 2010), por lo que consideran imperativo en sus comunidades tanto el rescate de sus saberes tradicionales en salud como su integración al sistema biomédico estatal; al referirse a su identidad cultural, estas comunidades conciben su cosmovisión desde el constructo biopsicosocial étnico, el cual apropia sus riquezas espirituales y materiales desde lo que consideran su ser y su territorio (APRA, 2010). Esta visión garantiza el control de las diferentes instancias de la vida y las condiciones para acceder al empoderamiento de

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

los saberes y las prácticas que conllevan al mejoramiento de la calidad de vida de la población materno infantil.

A nivel internacional, no es desconocido que el modelo biomédico que apoya al sistema de salud estatal minimiza o margina la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis de la enfermedad, recurriendo para ello a estrategias ideológicas como la "medicalización de muchos aspectos de la vida cotidiana, como el embarazo, el nacimiento, la crianza, la sexualidad, la vejez o la muerte" (Caramés, 2004). De este modo, el profesional de la salud que trabaja bajo el modelo biomédico explica síntomas del enfermo mediante un lenguaje que expone alteraciones anatómicas o desórdenes fisiopatológicos que requieren ser corregidos "mediante la administración de un fármaco que controle la alteración funcional o destruya el microorganismo, o bien la manipulación quirúrgica de la alteración anatómica, y en algunos casos también de la alteración funcional" (Caramés, 2004).

La posibilidad de instaurar un diálogo intercultural en salud demuestra la necesidad de permitir que sean las personas que viven la salud y la enfermedad, desde su visión cultural y étnica, quienes encuentren en el diálogo una forma de recuperar la confianza para comunicar su saber, para permitir que el otro, con su mirada biomédica, pueda dejarse afectar y entender el entramado simbólico que hace parte de su comprensión de la vida.

Las experiencias exitosas en programas de Atención Primaria en Salud (APS) en Colombia (Congreso de la República, 2011) y otras regiones de América Latina, enfocadas en grupos prioritarios (mayor vulnerabilidad o magnitud) como el grupo materno infantil (OMS, 2011), han demostrado que para mejorar la salud y la equidad no basta con limitarse a aumentar el número de centros de salud y capacitar al personal durante períodos breves. Por el contrario, se necesitan enfoques novedosos, como el diálogo intercultural en salud, que cierren la brecha entre el sistema de salud y las comunidades, propuesta que incluye "los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud" (Congreso de la República, Ley 1438 de 2011), y que abarcan la gestión integral de la salud materno infantil, partiendo de la base social de las comunidades étnicas y sus familias.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

La reorientación de los sistemas de salud exige hacer mayor énfasis en la participación familiar y las personas que poseen los conocimientos y los saberes tradicionales como fundamento para generar espacios de encuentro alrededor de la salud materno infantil, identificándose en el proceso: saberes, creencias y prácticas en salud y decidir el orden de prioridad en las intervenciones por parte del sistema biomédico estatal (Departamento Nacional de Planeación - DNP, 2010).

Los planteamientos de la OMS (2002, 2003, 2008), el Plan Nacional de Desarrollo (2010-2016) (DNP, 2010) y la agenda de desarrollo afrocaucano APRA (2008-2018) de las Organizaciones Afrocaucanas (UAOFROC, 2007) conducen a la identificación y el rescate de los saberes y las prácticas ancestrales de las comunidades afrocaucanas en torno a la salud materno infantil; lo cual implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural con base en el diálogo, es decir, un diálogo posible con sujetos sociales valorados, autovalorados, visibles, con voz y que se escuchan (Espinosa & Ogazón, 2010), mediante el cual "ningún sujeto social se subordina ni subordina al otro" (Espinosa y Ogazón, 2010).

En este contexto, se asume por interculturalidad la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional (Espinosa & Ogazón, 2010); no obstante, es imposible hablar de interculturalidad en salud, sin antes construir relaciones simétricas de poder para el diálogo interdisciplinar y entre los saberes (interculturalidad positiva) (Albó, 2004) para la formación de conciencia social de los distintos actores que participan. En este sentido, se asume que el conocimiento en salud no está acabado, sino en permanente proceso de hacerse (Espinosa & Ogazón, 2010), por lo que la historicidad de los saberes biomédicos o tradicionales es independiente al reconocimiento.

El diálogo entre saberes convierte en necesario el reconocimiento del sentido histórico de las representaciones y las prácticas sociales acerca de la enfermedad y el tratamiento a nivel individual, colectivo y familiar que dan sentido al pensamiento de cada comunidad, pueblo o sociedad en todo momento histórico.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

El rescate de la medicina tradicional y los saberes afrocaucanos en torno a la salud materno infantil es una prioridad internacional, latinoamericana y nacional, pues apunta al fortalecimiento de estrategias de desarrollo social, recuperación de la salud para grupos vulnerables y el incremento de la calidad de vida, por lo que en el Cauca se requiere de encuentros en saberes y prácticas en salud a través de la creación de espacios de diálogo intercultural que promuevan y afiancen la comunicación entre las comunidades de base, las organizaciones afrocaucanas, el personal del sistema de salud y la academia, para reconocerlos y sistematizarlos; de esta manera, lograr una articulación de dichos saberes y prácticas con las estrategias de APS que promueven el sistema de salud, incorporando dichas visiones de salud en las agendas de desarrollo de las comunidades afrocaucanas y explorar estrategias que contribuirían a alcanzar los Objetivos del Milenio (ODM) en cuanto a la reducción de la morbilidad materno infantil a nivel departamental y nacional (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Colombia - PNUD, 2008).

2. La salud materno infantil en el contexto de APS renovada

En el ámbito latinoamericano, la OMS (2011) considera que el 25% de las muertes de menores de cinco años que se registran anualmente en América Latina se deben a enfermedades prevenibles como la neumonía, la diarrea y el paludismo. Las causas de estas enfermedades están relacionadas principalmente con factores ambientales modificables a través de metodologías que están actualmente disponibles para su implementación. Por esto, se ha visto que aquellos países que establecieron políticas sociales para facilitar a su población mejor acceso a agua segura y saneamiento básico, así como a la educación para la salud, han reducido las tasas de mortalidad infantil.

La mortalidad infantil tiene mayor incidencia en las personas que pertenecen a estratos económicos más pobres y que pertenecen a comunidades étnicas con escaso reconocimiento político y social dentro del sistema de salud. Esto se debe no sólo a la baja cobertura de los servicios sanitarios básicos en este grupo de personas, sino también a la pobreza, las bajas tasas de educación y a la inequidad de género. En condiciones de pobreza, las familias pueden ser afectadas por una serie de problemas que determinan la salud de las madres y de los niños (Romero, 2006).

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

En este mismo escenario, la mayoría de los casos de mortalidad materna en América Latina se presentan por causas prevenibles (Romero, 2006): hemorragias, hipertensión a causa del embarazo, sepsis y parto obstruido o prolongado. Las mujeres adolescentes son dos veces más vulnerables que las mujeres adultas a morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mortalidad materna es también más prevalente entre mujeres pobres y con menos oportunidades educativas. Las mujeres de bajos recursos tienen acceso limitado no sólo a la atención médica, sino también a la información apropiada sobre los métodos anticonceptivos disponibles, los cuidados durante el embarazo y el cuidado de su salud y la de sus hijos.

De acuerdo con la OMS (2008, 2011) y la OPS (2007, 2008), el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva como anticoncepción, controles prenatales y atención al parto por personal de salud calificado, constituyen determinantes fundamentales de la mortalidad materna. Los problemas de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva están relacionados con la persistencia de estereotipos de género y la falta de acceso a educación tanto de hombres como de mujeres. Dicha situación demuestra el deterioro cultural en salud que padecen algunas comunidades vulnerables, no sólo por la falta de educación biomédica sino por la carencia de reconocimiento por parte del sistema estatal de salud frente a los saberes y las prácticas de origen comunitario y casero que ofrecen parteras y médicos tradicionales.

Esta situación refuerza el grado de vulnerabilidad que presentan las comunidades afrocolombianas, en las cuales se observa que las estrategias de salud enmarcadas en los programas de APS, no están acordes con los estándares internacionales de desarrollo social (CONPES 140 de 2011), demostrando que el sistema de salud requiere adoptar medidas correctivas en su uso. El problema conlleva a la búsqueda de nuevas estrategias en salud materno infantil o en el mejor sentido, a la renovación de la APS acorde con las expectativas y las demandas de la población vulnerable (OMS, 2008; Romero, 2006; Brommet, et al., 2011; Tejada, 2003), de manera que las estrategias respondan mejor y con mayor rapidez a las demandas culturales en salud que impone una población que presenta altos índices de desprotección social y baja cobertura en servicios básicos.

En Colombia, la situación descrita anteriormente, tiene un impacto directo en la APS para población materno infantil, especialmente si se tiene en cuenta el enfoque de salud y derechos humanos. Al respecto, la OMS ha propuesto la siguiente definición sobre servicios de salud integrados: "La

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud" (Romero, 2006). Esta definición apunta a la consolidación de la APS renovada, caracterizada por las intervenciones en las poblaciones vulnerables, a través de procesos continuos, coordinados, participativos, intersectoriales y con fundamento en la gestión de recursos humanos como motor fundamental del cambio (Roses, 2007).

Los cambios sucedidos desde la declaración de Alma-Ata de 1978 y las nuevas reformas a los sistemas de salud de los países latinoamericanos en las dos últimas décadas (Tejada, 2003; Romero, 2006), hace necesario plantear nuevas estrategias en salud basadas en el diálogo intercultural, en donde la APS materno infantil se renueve y se convierta en el eje central de los sistemas de atención y, por lo tanto, la meta no sea únicamente la eficiencia económica, sino el alcanzar el derecho universal a la salud con equidad como el resultado de un compromiso con la satisfacción de las necesidades de salud de las personas que provienen de las comunidades afrocolombianas y afrocaucanas.

Una propuesta de APS renovada enfocada hacia población materno infantil en situación de vulneración social, política y económica, pero en donde el diálogo intercultural es el eje central de su realización, debería estar sustentada en cuatro pilares (Brommet, et al. 2011), a saber:

- *Equidad sanitaria con cobertura universal.* La base de un proceso de equidad sanitaria se entiende como la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos disponibles a través del diseño de unas políticas de salud no discriminatorias, sino incluyentes para grupos étnicos y comunidades que por su condición sociocultural sean consideradas vulnerables, siendo un conjunto de reformas que tienen como objeto avanzar hacia la cobertura universal y hacia la implantación progresiva de redes de servicios cuyo eje sea la atención primaria en zonas donde no existen, por su lejanía o por su dispersión o por segmentación social, reemplazándose los servicios de salud mercantilizados e individualizados.

- *Prestación del servicio, dar prioridad a la persona.* Se han identificado siete estrategias distintivas que en su conjunto diferencian la atención primaria o el cuidado primario y así superar las deficiencias que marcan las rupturas

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

entre atención generalizada frente a una atención que reconoce e incorpora las diferencias culturales: 1) atención centrada en el Paciente, 2) servicios integrales e integrados de salud, 3) continuidad en la atención, 4) mantener en lo posible a un médico permanente y de confianza como punto de acceso, 5) redes de atención primaria, 6) asignar una población determinada para ofrecerle servicios preventivos, programas de apoyo, de atención integral y de servicios paliativos y, 7) coordinación de los servicios de su población.

- *Establecimiento de políticas públicas para la salud.* La APS renovada propugna por la creación de políticas públicas sistemáticas, de salud pública y de otros sectores diferentes a la salud pero que tengan en cuenta la salud de la población. En este sentido, las políticas públicas en salud deben atender las directrices de políticas de reconocimiento cultural con base en los saberes y prácticas ancestrales en salud que tienen las comunidades étnicas, especialmente afrocolombianas.

- *Eficacia en el liderazgo y en el gobierno.* En los estados modernos se espera de los gobiernos que protejan la salud, garanticen el acceso a la atención sanitaria y salvaguarden a las personas del empobrecimiento que puedan acarrear las enfermedades. Esta exigencia debe ser ajustada a la realidad cultural que provee la medicina tradicional de las comunidades étnicas, con el fin de articular sus saberes y los saberes biomédicos, garantizando así la universalidad en la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo con Macinko et al. (2007) las actuales reformas al sistema de salud a nivel internacional, nacional y regional implican cambios fundamentales en los procesos políticos y de poder, por lo que aquellos interesados en los sistemas de salud basados en la APS renovada deben atender tanto la dimensión política (aspectos legales, incorporación de población étnica y vulnerable, etc.) como la dimensión técnica de las reformas (estrategias interculturales y reconocimiento por parte del sistema de salud de la medicina tradicional), así como incluir a los actores interesados en dichos procesos. A fin de cuentas, el objetivo final de la renovación de la APS es "alcanzar, de forma sostenible, un buen estado de salud para todas y todos" (OPS, 2007).

Esta nueva estrategia puede convertirse en una valiosa caja de herramientas para elevar los estándares de salud materno infantil en regiones con población afrocaucana en situación vulnerable. Población que

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

posee saberes y prácticas en salud aún desconocidos (no sistematizados) e incluso discriminados por el mismo sistema biomédico, pero que gracias a su reconocimiento, posibilitarían una mayor eficiencia en el uso de recursos y saberes locales, lo que en términos generales, mejoraría los resultados de salud al garantizar mayor satisfacción de la población prestataria y usuaria al ser cubiertas con calidad sus necesidades sanitarias.

3. Situación de la salud materno infantil en las comunidades afrocaucanas

En Colombia hay varios grupos diferentes de afrodescendientes, clasificados según sus particularidades étnicas, culturales y lingüísticas, ellos son afrocolombianos y en su mayoría están asentados en gran parte del territorio nacional. Se clasifican así: Palenqueros, ubicados en San Basilio, Bolívar; Raizales, ubicados en San Andrés y Providencia, y étnica negra mulata, que se encuentra principalmente en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Antioquia, Bolívar y Chocó. Este último grupo, representa una población de 57,59% de las comunidades afrocolombianas (Censo 2005, Acción Social, 2008). Los Departamentos con mayor población afrodescendiente en el Pacífico, en comparación con otros grupos étnicos, son: Chocó (74%), Valle (27%), Cauca (22%) y Nariño (18%) y en el Caribe: San Andrés y Providencia (57%) y Bolívar (27%).

Según estadística del DANE (2005), en el departamento del Cauca, la población afrocolombiana se encuentra asentada predominantemente en los municipios de: Santander de Quilichao, Buenos Aires, Guapi, Miranda, Patía, Padilla, Suárez, Timbiquí, Villa Rica, Caloto, López y Puerto Tejada. No obstante, hacia el norte del departamento, a pesar de las potencialidades sociales y del sostenido crecimiento económico experimentado, asociado con industrias establecidas con motivo de la llamada Ley Páez, la región presenta aún problemas preocupantes de pobreza y muchos de sus indicadores sociales reflejan retardo en avances hacia los ODM (CONPES 2909 de 1997, 3169 de 2002 y 3310 de 2004). Esta zona del departamento, donde se asientan pobladores afrodescendientes, muestra situaciones de inequidad y exclusión que han sido evidenciadas en muchos estudios y de las que el Norte del Cauca no es excepción, a pesar del grado de desarrollo relativo alcanzado.

A nivel nacional, la población afrocolombiana, palenquera y raizal, menor de 15 años representa la tercera parte de la población de los grupos de 0-4

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

años y de 5-9 años, lo que es un poco mayor que el respectivo grupo de edad de toda la población etaria (Unión Temporal Alianza Progreso Afro, APRA, 2010). De acuerdo con el DANE (2005), la tasa de mortalidad infantil para los niños afrocolombianos es mayor (1.78 veces) y para las niñas afrocolombianas es el doble, respecto a la población general. Por cada 100 mujeres afrocolombianas hay 42 niñas menores de 5 años. En igual sentido, cabe señalar que los niños y niñas de estas comunidades son víctimas no sólo de las condiciones de pobreza que los obligan a incursionar en el medio informal de trabajo, sino también de la violencia intrafamiliar, las condiciones de desplazamiento, la discriminación y la negación a todos los beneficios y derechos de este grupo (Mato, 2008; CONPES 2909 de 1997; APRA, 2010).

Las condiciones socioeconómicas de esta minoría étnica son muy precarias, es así como se presenta un considerable déficit en la oferta de servicios sociales: cupos de educación, salud y vivienda digna, entre otros. Especialmente hay una brecha con el resto del país relacionada con la salud materno infantil, el acceso a servicios básicos domiciliarios y el acceso a la educación media y superior. El Cauca posee los índices con las más bajas condiciones de vida frente al promedio nacional (CONPES 3310 de 2004).

En este contexto, los indicadores sobre mortalidad materno infantil para distintos rangos de edad y períodos de gestación, cobran gran importancia en la medida que permiten evaluar la calidad del servicio de salud materno infantil en el período prenatal, durante el parto y posparto en el departamento del Cauca. Según fuentes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Colombia PNUD (2008), en los 10 municipios del Norte del Cauca, cada año mueren niños y niñas antes de cumplir los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse. Una proporción considerable de la mortalidad infantil se debe a Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y desnutrición. Los niños y las niñas sufren con frecuencia varias de estas afecciones a la vez, por lo que, si sólo se trata una de ellas, es posible que mueran a consecuencia de otros problemas subyacentes. Estas enfermedades son también la causa de una proporción importante de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de las hospitalizaciones de los niños menores de 5 años.

De igual manera, como lo denuncia el PNUD (2011), existen en el departamento del Cauca circunstancias que perjudican la efectividad de la

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

atención integral a la madre y al niño, asociadas a servicios de salud con deficiencias en dotación y débil capacidad de respuesta, desconocimiento parcial de marcos normativos y herramientas administrativas, minimización de la estrategia de atención primaria en salud (APS), desintegración de esfuerzos sectoriales, precaria vigilancia comunitaria e institucional del cumplimiento de derechos, débil participación de la comunidad en proyectos e iniciativas comunitarias de atención integral, y dispersión de recursos presupuestales de actores corresponsables generando ineficiencia y paralelismo.

En vista de lo expuesto, y en correspondencia con los fines de la salud y el bienestar social, las organizaciones sociales afrocaucanas han incorporado como estrategia de salud materno infantil, tres líneas de acción en sus agendas de desarrollo (APRA, 2010): Salud interétnica, dieta, nutrición y superación del hambre. Adicionalmente contemplan un programa ampliado de reducción de las tasas de morbilidad a través de la ampliación y mejoramiento de la infraestructura, garantía del aseguramiento, fortalecimiento de los servicios en salud, medidas de participación social en salud y estudios técnicos. Consideran que estas acciones irán enfocadas a la reducción de enfermedades tanto transmisibles (Dengue, Malaria, Enfermedad Diarreica Aguda) como crónicas no transmisibles (Diabetes, obesidad y enfermedades cardiovasculares).

La línea de acción para la optimización de la nutrición infantil está ligada a la asistencia a la escuela y a la promoción de buenos hábitos alimenticios basados en la gastronomía regional y cultural. Para los adultos mayores y madres gestantes y lactantes se contemplan programas sociales de asistencia alimentaria complementados con proyección en la realización de proyectos de vida. No obstante, como se puede apreciar, hay un largo camino por recorrer entre las líneas de acción trazadas al interior de las organizaciones afrocaucanas y el cumplimiento de objetivos en salud en donde se brinde apoyo estatal para el reconocimiento de sus saberes y prácticas tradicionales en salud.

4. Recuperar la diversidad cultural en salud

Desde el siglo XIX, la biomedicina o medicina occidental moderna ha aspirado alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, depurando, casi patológicamente, la clínica y el laboratorio de las variables

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

superfluas a esos tres momentos (Perdiguero & Comelles, 2000; Comelles, 2004), visión que sostiene una comprensión de la salud basada en "...el reduccionismo, individualismo y el racionalismo propios de la biomedicina" (Conde, 2011), y en donde, "...el uso de la tecnología y la sobreexposición farmacológica se asocia a buenos resultados terapéuticos; independientemente de que sea o no ese el resultado e independientemente de los éxitos obtenidos y demostrados sobre el paciente" (Conde, 2001).

La cultura dominante de la ciencia de la salud operaba sobre la transformación del conocimiento médico, conocido como el "nacimiento de la clínica moderna" (Foucault, 1978/1963), y es próximo al despliegue del Estado liberal (Comelles, 2004), dando como resultado el sistema estatal de salud. La fase actual del proceso de medicalización, y que conduce hacia la hegemonía del "modelo médico" (Menéndez, 1990), se muestra hoy como el producto de procesos históricos más complejos, pues gira alrededor de dos pilares complementarios: el desarrollo del Estado liberal (desde el Estado social al Estado providencia) y la ruptura que significó en los Estados Unidos el Flexner Report en la gestión, administración y organización profesional de los hospitales, articulada con la involución del Estado social. Esos pilares, y el permanente diálogo entre ellos, permiten caracterizar los distintos moldeamientos que ha tenido la medicalización en distintos países en armonía con sus formas culturales y articuladas con procesos históricos idiosincrásicos (Comelles, 1993). Dichas formas culturales se configuran a partir de la experiencia de la población con los dispositivos desplegados por la relación entre políticas públicas y privadas en salud y el Estado.

Durante el periodo formativo de la moderna ciencia médica y clínica, el denominado contexto cultural (el medio, la sociedad y la cultura del enfermo y de la enfermedad) desapareció o fue reducido a una variable objetiva dentro del conocimiento y la práctica clínica, por lo que el cuerpo del paciente se convirtió en un objeto experimental y positivo, resultado de una práctica técnica que condujo a la toma de decisiones racionales sobre el cuerpo del sujeto-paciente; en consecuencia, "El paciente ideal viene a ser hoy uno intubado, monitorizado, que recibe alimentación parenteral para que no defeque, que orina mediante una sonda, y sobre el cual las computadoras alimentan de parámetros objetivos las decisiones que un médico supervisa desde un *dispatching*" (Comelles, 2004). En otras palabras, el objeto ideal del conocimiento y de la práctica clínica es el

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

paciente, el sujeto sobre quien recaen los saberes médicos, en todas sus acepciones, articulados al sistema estatal de la medicalización.

Sin embargo, la presencia y la visibilidad política, social y cultural cada vez mayor de poblaciones étnicas (indígenas y afrodescendientes) y sus cosmovisiones en salud en los países de América Latina, está produciendo un efecto distinto al anterior, mucho menos reducible a variables discretas, y que sí pone en cuestión la propia racionalidad del modelo médico. Al respecto, Comelles (2004) refiere a este fenómeno en ascenso, como la atención de emergencias y de los problemas que plantea a los servicios de salud, la presencia de una población que no es el resultado de una medicalización del cuerpo, la salud y la enfermedad, pero que previamente ha sido medicalizada porque ha recibido formación básica, media o superior en salud moderna, en atención primaria, en salud mental o que precisa un seguimiento clínico.

Desde otra perspectiva, la del paciente medicalizado pero que pertenece a étnicas y culturas autóctonas, la evidencia antropológica ha demostrado que cuando se agotan las posibilidades de la biomedicina muchos pacientes recurren a formas médicas tradicionales con buenos resultados, lo que indica la posibilidad de su uso como un complemento factible y realista (Portela, 1987) que se traduce en una ampliación de la visión biomédica de la salud.

Desde las últimas décadas, ha surgido un escenario internacional en salud (OPS, 2007) que implica el reconocimiento, la comunicación y la interacción intercultural, mediada por "la intersubjetividad y la co-producción de saberes que van a ocupar la parte principal de la escena, de un modo idéntico a como se produce con los ciudadanos del país" (Menéndez, 1990); pero se presenta una situación considerada novedosa en donde los clientes y profesionales no pueden, de manera inmediata, co-participar con la misma complicidad que con la que se ha construido el sistema de salud moderno entre los profesionales de la salud y los ciudadanos. Esto significa que se da lugar a la identificación intercultural de saberes no modernos, ligados a la base cultural de quienes se consideran usuarios o ciudadanos culturalmente distintos, pero que demandan los servicios de salud, saberes ligados esencialmente a la producción de prácticas y representaciones con las que el profesional en salud no cuenta en su manejo de lo cotidiano.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Es en este punto, donde la diversidad cultural asociada a la presencia de pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes en América Latina logra proponer elementos de reorganización de la cultura en salud en el conjunto de la población, "tanto porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, porque desafía las culturas de organizaciones de los profesionales y de las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación" (Perdiguero & Comelles, 2000). Esta situación supone, desde el punto de vista estatal, el reconocimiento de los derechos de las culturas y las comunidades étnicas, quienes por tradición se han considerado usuarios o pacientes que se camuflan bajo el distintivo de la ciudadanía o la homogeneidad cultural de una nación, terminando por hacer invisible la cosmovisión y la singularidad de lo diverso cultural.

Basados en este contexto, la recuperación de la diversidad cultural en salud consiste en lograr construir nuevas y fructíferas relaciones entre las diversas comunidades étnicas, la ciudadanía, los profesionales de la salud, las instituciones estatales y privadas de salud, apuntando a la construcción de significados culturales en un contexto multicultural como lo es el de los países latinoamericanos. Es en este escenario, como señala Comelles, "basado en el mestizaje cultural y la hibridación [...]" (2004), donde pueden observarse cambios muy profundos y diversos en "la percepción de las amenazas de salud en las sociedades, en los patrones de uso de los servicios y en la retórica política que sustituye hoy la idea de enfermedad por la de salud" (Comelles, 2004); pero ubicados en un contexto en el cual la diversidad cultural se torna en un problema nuevo y esencial para el desarrollo de los pueblos.

5. La interculturalidad en salud y el diálogo de saberes

De acuerdo con Albo, "la interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversas culturas. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura" (Albó, 2004). Desde otras perspectivas, también se habla de interculturalidad en términos más abstractos, "al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión indígena y la occidental" (Albó, 2004); no obstante, este último uso se deriva de la perspectiva educativa o académica.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Por otra parte, las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción de quien es culturalmente distinto o por lo menos a su disminución y asimilación, como sucede en las sociedades neocoloniales (Albó, 2004). Inversamente, son positivas si conllevan a la aceptación y al diálogo con quien es culturalmente distinto, pues se genera un enriquecimiento mutuo, aprendiendo unos de otros. De manera significativa, la simple tolerancia hacia el que es culturalmente distinto, sin un verdadero diálogo enriquecedor, no llega a convertirse en interculturalidad positiva (Albó, 2004).

La interculturalidad positiva indica tres direcciones y actitudes correspondientes hacia las cuales se debe enfocar el desarrollo del diálogo entre culturas, a saber (Albó, 2004):

- La actitud hacia adentro de la propia cultura, que es para fortalecer la estructura interna personal y grupal: la propia identidad. Es la primera cabeza del puente intercultural.
- La actitud hacia arriba, como primera situación social para acercarse al otro, y es la más típica de los grupos oprimidos; sirve como un mecanismo para escapar de las marginaciones y las discriminaciones que les hacen sufrir los que se sienten "arriba". Pero sólo será una actitud intercultural positiva cuando no implique el rechazo de la propia cultura ni tampoco la imitación servil de todo lo que hacen los de arriba sino una apropiación selectiva de aquellos rasgos culturales que les parezcan buenos para su propio fortalecimiento.
- La actitud hacia abajo, como situación de acercamiento al otro, desde una situación de mayor poder; es la más difícil pero a la vez la más necesaria para llegar a establecer relaciones interculturales de equidad en el conjunto de la sociedad. Para que esta actitud sea plenamente positiva tiene que superar no sólo las habituales discriminaciones sino también una actitud de simple servicio asistencial de quien se siente con todas las soluciones (el sistema de salud), y aceptar más bien al distinto como tal (comunidades étnicas), aunque esté socialmente ubicado en una situación desfavorable.

A nivel de Latinoamérica, los planteamientos propuestos por la OPS (2008), en apoyo de la OMS (2008), han logrado generar modificaciones en cuanto a lo que significa la interculturalidad positiva (y las actitudes hacia dentro, arriba y abajo) enfocada hacia la salud de los pueblos indígenas y

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

afrodescendientes. Lo que significa lograr una interculturalidad que no es meramente la reproducción del modelo asistencial o de la medicalización moderna de la salud, sino la puesta en marcha de un paradigma autónomo de rescate y empoderamiento de la medicina tradicional y los saberes ancestrales en salud.

Cunningham, en su trabajo *Etnia, Cultura y Salud* (2002), desarrollado en Nicaragua y retomado por Espinosa y Ogazón (2010), logra distinguir cuatro enfoques o paradigmas sobre lo que hay que considerar al elegir el paradigma intercultural durante la atención de la salud tanto a nivel individual como colectivo. Los cuatro modelos permiten hacer visible que la interculturalidad en salud no siempre conduce a los mismos fines y que en el mejor de los escenarios, el enfoque autónomo sería el más adecuado para el contexto de los países que cuentan con pueblos indígenas y afrodescendientes en situación de vulneración social y de sus derechos.

En síntesis, Cunningham describe cuatro modelos:

- *Modelo paternalista o integracionista*. Se deriva de las políticas de integración, asimilación o indigenista. Reconoce la diversidad, pero plantea medidas verticales de arriba hacia abajo. El médico y personal de salud es el experto y las comunidades solamente reciben conocimientos, recetas externas.
- *Culturalista*. Reconocimiento del pluralismo cultural, otorga mayor grado de importancia a la lengua, los aspectos didácticos. Las consultas se hacen sin previa información y con base en metodologías diseñadas desde afuera. No interesan los procesos pedagógicos, ni la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucradas en la organización de programas y proyectos de salud.
- *Convivencia*. Se plantea para la coexistencia armónica entre los distintos grupos étnicos. Promoción de estudios etnográficos para conocer las culturas, sus tradiciones y partir de ello poder convivir u organizar los programas de salud.
- *Autonómico o empoderamiento*. Parte del ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades hacia una relación más equitativa de poder. La salud se deriva de los derechos sustantivos de los pueblos y comunidades respetando sus representaciones sociales. Promueve la organización de los servicios de salud que surjan de las comunidades; afianza la identidad colectiva y participación en las decisiones desde la

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

organización hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud. Su práctica permite convertir a los sujetos sociales en actores sociales, por lo que busca su inclusión y visibilización.

Con base en lo que significa el paradigma de la interculturalidad autonómica o de empoderamiento, es clave el reconocimiento de espacios de comunicación, discusión y negociación bajo lo que Espinosa y Ogazón consideran: "relaciones simétricas de poder que obligan a cada sujeto social en la mesa de diálogo a adoptar una postura de crítica y autocrítica para deliberar, escoger y decidir lo que convenga al individuo en colectividad" (2010). Del mismo modo, esto significa que el diálogo intercultural autonómico es la mejor herramienta para conducir a las comunidades culturalmente diversas hacia la gestión de la salud desde su punto de vista, es decir, desde sus valores, creencias, normas e historias compartidas, prácticas y con un proyecto en común, en diálogo permanente con los actores sociales y culturales que son distintos de su realidad a nivel político, social y cultural.

La aproximación dialogada con las comunidades en contextos interculturales, permite no sólo el rescate de las prácticas culturales de las comunidades negras e indígenas que habitan en la región del Pacífico colombiano, sino también considerar las características de los diferentes ecosistemas que lo conforman: la selva húmeda tropical, el curso de los ríos, el piedemonte de la cordillera, y la manera como este medio ha influido en el conocimiento de plantas, minerales y técnicas tradicionales en salud, en sus modos de producción, en la cotidianidad de la vida, y especialmente, en la manera como se reciben los niños y las niñas al nacer, en los modos de alimentación, en las costumbres, en los hábitos y en todas aquellas manifestaciones que dan cuenta de un folclore, de un ritmo de vida, de una región diversa, llena de mitos y tradiciones (Vesga, 2007).

Desde la perspectiva expuesta, el diálogo intercultural promete conducir hacia la identificación de los saberes y prácticas tradicionales en salud materno infantil, igualmente conduciría hacia el rescate de dichos saberes y prácticas médicas tradicionales propios de las comunidades afrocolombianas en torno a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las gestantes e infantes.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Trabajar en salud desde una perspectiva intercultural, con base en el diálogo, es permitir que afloren las perspectivas, los pareceres y las necesidades de las personas que se ocupan de la salud dentro de las comunidades, lo que significa tornar la interculturalidad en un diálogo posible entre "sujetos sociales valorados, autovalorados, visibles y con voz que se escuchan" y que a la vez, cuentan con "[...] la participación de sujetos libres que por decisión propia y consciente transformen su realidad una vez que cada individuo con deseos, fines y preferencias los considera suyos y no impuestos" (Espinosa & Ogazón, 2010) y mediante este diálogo: "ningún sujeto social se subordina ni subordina al otro" (Sandoval, 2007) .

6. Aspectos normativos que apoyan la interculturalidad en la salud materno infantil

A partir de la declaración de Alma Ata (1978) propuesta por la OMS (1978), en América Latina y concretamente en Colombia, se ha llegado a reconocer la validez de los conocimientos tradicionales de las comunidades afrocolombianas así como sus métodos basados en la Medicina Tradicional (CONPES 3169, 2002). En la actualidad, la OMS (2008) reconoce la necesidad de renovar sus estrategias de APS incluyendo entre sus estrategias, los saberes y las prácticas producto de la Medicina Tradicional con base étnica para contribuir a reducir los índices de morbilidad materno infantil y de esta manera mejorar la calidad de vida de las personas (OMS, 2008). Desde este enfoque, la medicina tradicional se define "como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades" (OMS, 2002, 2003); sin embargo, en el 2007 la OPS (2007) afirma que no todos los países de América Latina cuentan con los marcos políticos e institucionales que garantizan que el personal comunitario, poseedor de la medicina tradicional, se convierta en agente o promotor activo de la salud dentro del sistema moderno de salud, por lo que su participación social e impacto tiende a ser reducido o, en el mejor de los casos, reconocido como un saber local y desarticulado frente al modelo biomédico moderno.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Dentro del contexto latinoamericano, Colombia ofrece un marco legal de respeto a la diversidad cultural y normatividad en materia de salud que promueve el fortalecimiento equitativo del sistema y la adaptación de modelos interculturales con base en conocimientos étnicos, prácticas tradicionales y saberes ancestrales en salud. Entre los documentos más destacados se encuentran:

La Resolución 4288 de 1996, en lo relativo a la necesidad de adaptar el Plan de Atención Básico (PAB, actualmente PIC: Plan de Intervenciones Colectivas del Plan Nacional de Salud) a las necesidades de la población, en su artículo 16 establece que es responsabilidad de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud hacer dicha recomendación a las Direcciones de Salud. El Acuerdo 72 de 1997, en su artículo 8, el cual prevé la posibilidad de que el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) pueda ser ajustado y concertado entre las comunidades, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS, ahora Entidades Promotoras de Salud Indígenas-EPSI) y las entidades territoriales con la aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Igualmente se encuentran el Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social – MPS) quien expidió la Resolución 412 de 2000 y elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos documentos tienen como objetivo central garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales).

En décadas recientes, la Constitución Política de Colombia de 1991 en sus artículos 7, 8 y 13, entre otros, reconocen la diversidad étnica y cultural de la Nación; así como los artículos 9 y 93, que reconocen los acuerdos internacionales ratificados por Colombia. La Constitución Política de 1991, en su artículo transitorio 55, generó condiciones para la expedición de la Ley 70 de 1993 (Ley de Derechos de las Comunidades Negras como Grupo Étnico) que estableció, entre otros, mecanismos de protección de la identidad cultural, de los derechos de comunidades étnicas y de fomento para su desarrollo económico y social.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [**Pp. 180-211**]

En concordancia con la normatividad jurídica mencionada, en Colombia la interculturalidad en salud señala un camino hacia el rescate de los saberes y las prácticas ancestrales en salud materno infantil, lo que permite reconocer, armonizar y negociar las innumerables formas de atención en salud que existen en las regiones pluriétnicas y multiculturales como el departamento del Cauca (OPS, 2008; Centro de Estudios Médicos Interculturales, CEMI, 2010; SDSC, 2010).

7. Conclusiones

- En la construcción de los saberes y prácticas tradicionales en salud materno infantil, no sólo influye el medio cultural en el que viven las personas, sino que también son determinantes las relaciones que se establecen entre los sujetos sociales y el significado que adquieren en cada una de las personas involucradas. La complejidad simbólica de las comunidades con las cuales se desee establecer el diálogo intercultural en salud y los significados que le dan sentido a sus prácticas, plantea la necesidad de abordarlas en su contexto histórico, vivencial y cultural particular.
- Las comunidades afrocaucanas son poseedoras de una gran riqueza de conocimientos y tradiciones históricos en salud materno infantil que aún no han sido reconocidos e incorporados al sistema de salud y mucho menos reconocidos por la academia científica, debido a que prevalece una concepción de salud y comprensión de la enfermedad que se basa únicamente en la medicalización del cuerpo, en el reconocimiento clínico occidental de patologías o aspectos biológicos que indican algún desequilibrio, por lo que se descuidan otros factores de orden cultural, ambiental y espiritual que inciden en el reconocimiento de la salud como un tema cultural, ancestral, tradicional y casero propio de esta población.
- La interculturalidad en el área materno infantil debe ser concebida como una estrategia metodológica que permita generar confianza, comprender y cerrar las brechas culturales creando espacios de encuentro y empoderamiento, ya que la interculturalidad sobrepasa lo étnico al interpelar toda la sociedad en su conjunto, pues implica la interrelación e interacción dialógica de diversos y diferentes actores sociales, representados por etnias, regiones y comunidades con distintas representaciones simbólicas en salud.
- Aproximarnos a las prácticas y saberes ancestrales en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas, es contribuir al rescate de los modelos de cuidado materno infantil propios de esta comunidad, desde una visión que hace posible el diálogo como un lugar de encuentro entre los saberes en salud de la comunidad de base, las organizaciones afrocaucanas, el sistema de salud y la academia, a través de los reconocimientos mutuos

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

donde afloren actores que empoderen conocimientos y entendimientos étnicos en favor de la equidad dentro del sistema de salud.

- El propósito de reconocer y rescatar la medicina tradicional y los saberes ancestrales en salud materno infantil, a partir del enfoque diferencial que exponen las comunidades afrocolombianas, conlleva hacia el rescate de su identidad cultural y étnica y al mismo tiempo, siendo una estrategia que podría contribuir a la reducción de los índices de morbilidad materno infantil en el departamento del Cauca, cumpliendo la meta nacional y latinoamericana de los Objetivos de Desarrollo del Milenio No. 4: "reducción de la mortalidad infantil" y No. 5: "reducción de la mortalidad materna" (OPS, 2007^a, CONPES 140 de 2011).
- El diálogo de saberes, producto de la interculturalidad autonómica, constituye el encuentro no colonizador entre la cultura ancestral de los pueblos, en este caso, de las comunidades afrocolombianas que se encuentran en el departamento del Cauca, con la cultura moderna de la salud, permitiendo la construcción de espacios de diálogo intercultural en los cuales se identifican los saberes y las prácticas no medicalizadas que se tejen en torno a los mitos, las creencias y las costumbres autóctonas o tradicionales de estas comunidades, a través del compartir experiencias sobre la salud y la enfermedad, el medio cultural de la vida y las cosmovisiones en salud materno infantil. Por tanto, la construcción de dinámicas que propicien espacios para generar diálogos interculturales de saberes en salud materno infantil entre las comunidades y el sistema de salud son estrategias que quizás contribuyan con la reducción de la morbilidad materno infantil en las comunidades afrocaucanas.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

8. Lista de referencias

- Acción Social. (2008). *Oferta de políticas, planes y programas para la población afrodescendiente desde el gobierno nacional, y sugerencias para la cooperación internacional*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 17 de abril de 2012 en:
http://www.accionsocial.gov.co/documentos/afros_espa%C3%B1ol.pdf
- Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. En G. Fernández Juárez (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. pp. 65-74. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Bermejo, R. (2002). Salud materno infantil. En OPS. *Cien años de cooperación al Perú: 1902-2002*. pp.75-96. Recuperado el 10 de julio de 2012 en:
<http://www.bvsde.paho.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=bvsde.bibliografica&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=BVSDE.REP2000.00023642&indexSearch=ID>
- Brommet, A., Lee, J., Serna, J.A. (2011). Atención primaria: Una estrategia renovada. *Revista Colombia Médica*, 42(3). Cali: Universidad del Valle, Facultad de Salud. Recuperado el 26 de marzo de 2012 en:
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/3112/1/atencion.pdf>
- Caramés, M. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En G. Fernández Juárez (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. pp. 31-51. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Centro de estudios médicos interculturales CEMI. (2010). *Programa gestores comunitarios en salud*. <http://www.cemi.org.co>. En línea:
<http://www.cemi.org.co/images/PUBLICACIONES/Gestores%20Comunitarios%20de%20Salud.pdf>
- Comelles, J. M. (1993). *La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria*. *Revisiones en Salud Pública*. pp. 169-192.
- Comelles, J. M. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En G. Fernández Juárez (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. pp. 17-30. Quito: Ediciones Abya-Yala.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Conde, D. (2011). *Posibilidades de la medicina tradicional Hurdana en el entorno sanitario actual de la zona*. Madrid, España. Recuperado el 05 de marzo de 2012 en: <http://es.scribd.com/doc/67609546/Posibilidades-de-la-medicina-tradicional-hurdana-en-el-contexto-sanitario-actual-de-la-zona>

Colombia. Congreso de la República. *Ley 22 de 1981*. La convención internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución 2106 del 21 de Diciembre de 1965.

Colombia. Constitución Política. (1991). *Artículo transitorio 55, que generó condiciones para la expedición de la Ley 70 de 1993 (Ley de Derechos de las Comunidades Negras como Grupo Étnico) que estableció, entre otros, mecanismos de protección de la identidad cultural, de los derechos de comunidades étnicas y de fomento para su desarrollo económico y social*.

Colombia. Constitución Política de Colombia. (1991). *Artículos 7, 8 y 13, que reconocen la diversidad étnica y cultural de la Nación y los Artículos 9 y 93, que reconocen los acuerdos internacionales ratificados por Colombia*.

Colombia. Ministerio de Salud (2000). *Resolución 412 de 2000, normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva*.

Colombia. Ministerio de Salud. (1998). *Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)*.

Colombia. Ministerio de Salud. *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. Acuerdo Número 72. *Artículo 8. Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado*.

Colombia. Ministerio de Salud. (1996). *Resolución 4288 de 1996 (Noviembre 20). Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones*.

Colombia. Congreso de la República. (2011). *Ley 1438 de enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículos 10, 12 y 13. Colombia*. Recuperado el 12 de febrero de 2012 en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html

CONPES 2909. (1997). *Programa de apoyo para el desarrollo y reconocimiento étnico de las comunidades negras*. Mininterior - Consejería para la Política Social - Comisión Consultiva de Alto Nivel DNP: UPRU. Santafé de Bogotá,

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

D.C. 26 de Febrero de 1997. Recuperado el 11 de junio de 2012 en: http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDTS/Ordenamiento_Desarrollo_Territorial/3g04CNCONPES2909.pdf

CONPES 3169. (2002). *Política para la población afrocolombiana. Mininterior - Consejería para la Política Social - Comisión consultiva de alto nivel DNP: UPRU. Bogotá.* Mayo 23 de 2002. Recuperado el 11 de junio de 2012 en: http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDTS/Ordenamiento_Desarrollo_Territorial/politica%20poblaci%C3%B3n%20afrocolombiana%203169.pdf

CONPES 3310. (2004). *Política de Acción Afirmativa para la Población Negra o Afrocolombiana. Mininterior - Consejería para la Política Social - Comisión Consultiva de Alto Nivel DNP: UPRU. Bogotá.* Septiembre 20 de 2004. Recuperado el 11 de junio de 2012 en: http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDTS/Ordenamiento_Desarrollo_Territorial/3g03CNCONPES3310.pdf

CONPES 140. (2011). *Modificación a CONPES social 91 del 14 de junio de 2005: "metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015". Mininterior - Consejería para la Política Social - Comisión Consultiva de Alto Nivel DNP: UPRU. Bogotá.* Septiembre 20 de 2004. Recuperado el 11 de junio de 2012 en: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=ZFHVVMnE1s8%3d&tabid=340>

Cunningham, M. (2002). *Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua.* Managua, Nicaragua, 5 de abril 2002. Recuperado el 21 de febrero de 2012: http://www.cadpi.org/cadpi/files/9113/0455/6924/Etnia_cultura_y_salud_M_Cunningham.pdf

Departamento Nacional de Planeación DNP. (2010). *Plan nacional de desarrollo, 2010-2014.* Bogotá, Colombia. Recuperado en 18 de marzo de 2012 en: <http://www.dnp.gov.co/PND/PND20102014.aspx>

Espinosa C., L. M. y Ogazón, Y. (2010). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Revista Ciencia Ergo Sum*, 16(3). noviembre 2009-febrero 2010. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca. México.

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Foucault, M. (1978). *Naissance de la Clinique*. París: Presses Universitaires De France. [1963].

Giraldo, A., Toro, A. M., Macías L., Valencia, C. A., Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143. Recuperado el 18 de mayo de 2012 en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_9.pdf

Macinko, J; Montenegro, H; Nebot, C; Etienne, C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, (2/3), 73-84. Recuperado el 17 de marzo de 2012 en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>

Daniel, M. (2008). *Diversidad cultural e interculturalidad en educación superior. Experiencias en América Latina*. Caracas: Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC), UNESCO. Recuperado el 20 de abril de 2012 en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001838/183804s.pdf>

Menéndez, E. L. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud de Alma-Ata. Realizada en kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978. En *Informe sobre la salud en el mundo*, 2008. Recuperado el 17 de marzo de 2012 en: <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo: Cada madre y cada niño contarán*. Ginebra (Suiza). Recuperado el 23 de abril de 2012 en: <http://www.who.int/world-healthday/previous/2005/es/>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (documento WHO/EDM/TRM/2002.1). Ginebra (Suiza). Recuperado el 28 de enero de 2012 en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4930s/>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2003). *Directrices de la OMS sobre buenas prácticas agrícolas y de recolección (BPAR) de plantas medicinales*. Ginebra

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

(Suiza). Recuperado el 28 de enero de 2012 en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5527s/s5527s.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2008). *La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca*. Ginebra (Suiza). Recuperado el 18 de febrero de 2012 en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2011). *Metas del milenio para Colombia. Objetivo 4. "Reducir la mortalidad en menores de 5 años"*. Ginebra. Recuperado el 12 de septiembre de 2011 En: <http://www.dnp.gov.co/Programas/Educaci%C3%B3nyculturasaludempleoyobreria/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/ObjetivosdeDesarrollodelMilenio.aspx>.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (Washington: OPS, 2007). Recuperado el 30 de noviembre de 2011 en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2007a). *Propuesta del plan estratégico 2008-2012*. Documento Oficial No. 328. Organización Mundial De La Salud. Octubre de 2007. Santiago, Chile. Recuperado el 15 de febrero de 2012 en: http://www.paho.org/hr-ecourse-p/assets/pdf/Module1/Lesson1/M1_L1_9.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). OPS, 2008. pp. 37-45. Recuperado el 6 de mayo de 2012 en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31302.pdf>

Perdiguero, E; Comelles, J. M., compiladores. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.

Portela, H. (1987). Enfoques antropológicos sobre la atención primaria en salud: Integración de la medicina alopática y tradicional. *Revista Maguaré*, 4, 139-150.

PROFAMILIA (2005). Encuesta nacional de demografía y salud 90-05. *Mejorar la salud sexual y reproductiva*. Colombia. Recuperado el 18 de abril de 2012 en:

"Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 37, (septiembre-diciembre de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México. [Pp. 180-211]

Tejada de R., D. (2003). Alma-Ata 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud*. Ginebra (Suiza). Recuperado el 23 de febrero de 2012 en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm

Unidad de Organizaciones Afrocaucanas UAOFROC. (2007). *Agenda de desarrollo para las comunidades afrocaucanas de las zonas norte, centro y sur 2008 – 2018*. Puerto Tejada, Cauca, Colombia, Julio de 2007. p. 42. Recuperado el 23 de marzo de 2012 en: <http://www.convergenciagnoa.org/files/2.%20cartilla%20AGENDA%20DE%20DESARROLLO%20AFROCAUCA%202008-2018.pdf>

Unión Temporal Alianza Progreso Afro APRA. (2010). *Unión temporal alianza progreso afro. Plan nacional de desarrollo comunidades afrocolombianas negras, raizales y palenqueras 2010 – 2014*. Comisión de estudio Plan nacional de desarrollo negras, raizales y palenqueras, 2010 – 2014. Recuperado el 4 de junio de 2012 en: http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3iiuXj_Ho4%3D&tabid=273

Vesga, B A. (2007). Diálogo de saberes. Encuentro internacional de agentes tradicionales, partería y enfermería. En *Revista Entramado*, 3(1). Cali, valle del Cauca: Universidad Libre.